**安远县社会保险服务中心政府信息公开申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  请  人  信  息 | 公 民 | 姓　  名 | |  | 工作单位 | |  |
| 证件名称 | |  | 证件号码 | |  |
| 联系电话 | |  | 邮政编码 | |  |
| 联系地址 | |  | 传　  真 | |  |
| 电子信箱 | |  | | | |
| 法人或其它组织 | 名　 称 | |  | | 组织机构代码 |  |
| 法人代表 | |  | | 经办人姓名 |  |
| 联系电话 | |  | | 经办人身份证  号　  码 |  |
| 联系地址 | |  | | 邮　  编 |  |
| 电子邮箱 | |  | | 传　 真 |  |
| 申 请 时 间 | | | 年　　 月　　 日 | | | |
| 所需信息情况 | 所需信息的名称 | |  | | | | |
| 所需信息的内容描述 | |  | | | | |
| 所需信息的用途（自愿填报） | |  | | | | |
| 获取信息的方式（可选）  □邮　  寄  □电子邮件  □传　  真  □自行领取 | | | | | | |